

# КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

*Головкин С. П.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Синдром абдоминалгии является ведущим диагностическим критерием кислотозависимых и геликобактерассоциированных заболеваний структурирован двумя составляющими. Спонтанная или висцеральная (протопатическая) боль – ощущение, возникающее как результат раздражения ряда супрасегментарных структур (ретикулярная формация, гипоталамус, лимбическая система) является трудно дифференцируемым по качеству и локализации с многообразными эмоциональными и вегетативными проявлениями. Вторым компонентом абдоминальной боли является индуцированная (эпикритическая) боль, возникающая в проекции пораженного органа при пальпации или перкуссии живота. Для количественной оценки висцеральной (протопатической) боли в гастроэнтерологической клинике широко применяются различные визуально-аналоговые шкалы характеризующие ее по интенсивности, сенсорным качествам и эмоциональной окраске [3, 4, 5, 6].

Количественная оценка индуцированной боли выполняется с помощью стимуляционных устройств и применяется в неврологической, анестезиологической и онкологической клиниках, а также при проведении реабилитационных мероприятий [1, 2]. В доступной литературе данных об особенностях эпикритической боли и их взаимосвязи с эндоскопическими параметрами больных дуоденальной язвой мы не обнаружили.

**Цель настоящего исследования** – изучить ассоциацию эндоскопических (размер язвы, состояние ее краев, фазу течения) особенностей больных дуоденальными язвами с результатами количественной оценки эпикритического компонента абдоминальной боли.

**Материал и методы.** Изучение основных параметров эпикритического компонента ноцицептивной реакции (сегментарного ноцицептивного ответа) выполнено у 122 больных пептической язвой дуоденальной локализации. По результатам эндоскопического исследования учитывали размер язвы (мм), состояние краев язвенного дефекта (высокие, плоские), а также фазу течения процесса (активная язва, рубец). В ходе исследования тестировали кожно-мышечные сегменты,

иннервируемые корешками Th<sub>VII</sub> – Th<sub>IX</sub>. Инструментальную оценку количественных характеристик сегментарного ноцицептивного ответа осуществляли с помощью прибора (альгометра) оригинальной конструкции. Результаты исследования выражали в единицах КГ/см<sup>2</sup>. Тестирование выполняли в области проекции скелетных мышц вентральной (область m. rectus abdominis) поверхности тела обследуемого. Исследуемые точки маркировали заглавными буквами латинского алфавита (А, В). Математическую обработку полученных данных выполняли с помощью методов непараметрической статистики пакета STATGRAPH (W-тест, тест Колмогорова-Смирнова (K-S)).

**Результаты.** Проведенное нами статистическое сопоставление значений величины язвенного дефекта и количественных характеристик эпикритической боли выявило ассоциацию размеров язвенного дефекта с количественными значениями болевой толерантности и сенсорного интервала.

Достоверные различия по критерию болевой толерантности отмечены у пациентов с язвой < 0,5 см и 0,6-0,9 см. Болевая толерантность у больных с размером язвы < 0,5 см оказалась достоверно выше (W=913,0; p=0,037) по сравнению с пациентами второй группы (диаметр язвы 0,6 см и 0,9 см). Различия значений сенсорного интервала наблюдали в группах больных с величиной язвы < 0,5 см и > 1,0 см. При этом сенсорный интервал у обследуемых с диаметром язвы < 0,5 см превышал данный параметр у пациентов с диаметром язвы > 1,0 см (W=297,0; p=0,0042).

Анализ динамических изменений болевой толерантности в стадии высоких краев и рубцевания выявил существенное различие медиан болевой толерантности. Толерантность к боли оказалась достоверно выше в фазу рубцевания (W=601,5; p=0,047). Данные, полученные при исследовании сенсорного интервала, позволили нам сделать заключение о наибольшей чувствительности данного параметра к динамическим изменениям процесса периульцерозного воспаления в гастродуоденальной зоне. Так, статистически значимая разница прослеживалась при сравнении данных первой и второй групп. В данном случае отмечали достоверное увеличение медианы сенсорного интервала уже на этапе плоских краев (W=832,5; p=0,0096, K-S=1,99925; p=0,00067). Медиана сенсорного интервала первой (стадия высоких краев) и третьей (стадия рубцевания) групп данных оказалась также достоверно высокой (W=691,0; p=0,016).

### **Выводы.**

1. Количественные параметры сегментарного ноцицептивного ответа при язвах дуоденальной локализации определяются степенью

поражения стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, активностью периульцерозного воспаления, и возможно степенью сенситизации ноцицептивных спинальных нейронов;

2. Увеличение размера изъязвления сопровождается достоверным снижением болевой толерантности и сенсорного интервала ( $W=913,0$ ;  $p=0,037$ ). Сенсорный интервал является также наиболее чувствительным параметром, характеризующим активность сопутствующего воспаления, и достоверно увеличивается уже в фазу плоских краев ( $W=832,5$ ;  $p=0,0096$ ,  $K-S=1,99925$ ;  $p=0,00067$ );

3. Инструментальное исследование сегментарного ноцицептивного ответа позволит выполнить объективную оценку величины поражения стенки двенадцатиперстной кишки, степень активности сопутствующего воспаления, а также неинвазивный контроль саногенеза дуоденальных язв. Обнаруженные половые различия могут учитываться при индивидуализации лечебных мероприятий.

Литература:

1. Джорджия Б. Д., Пирогова А. Ф. К методике определения болевой чувствительности кожных покровов // Журн. невропатол. и психиатр. - 1962 - № 10. - С. 1482 - 1484.

2. Осипова Н. А., Абрамов Ю. Б., Рыбакова Л. В. и др. Сенсометрия в оценке эффективности премедикации // Анестезиология и реаниматология. - 1984. - № 1. - С. 54 - 59.

3. Рутгайзер Я. М., Ларина Н. А. Возможности оценки болевого синдрома в гастроэнтерологической практике // Клиническая медицина, № 4, 1996, С. 45 - 48.

4. Atkinson J. H., Kremer E. F., Ignelsi R. J. Diffusion of pain language with affective disturbance confounds differential diagnosis // Pain. - 1982. - Vol. 12, № 4. - P. 375 - 384.

5. Fernandes de Lima V. M., Chatrian G. E., Lettich E. et al. Electrical stimulation of tooth pulp in humans. 1. Relationship between physical stimulus intensities psychological magnitude estimates and cerebral evoked potentials // Pain. - 1982 - Vol. 14, № 3. - P. 207 - 232.

6. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods // Pain. - 1975. - Vol. 1, № 3. - P. 277 - 299.